

GERÇEK UMBİLİKAL KORD KİSTİ: OLGU SUNUMU*

**Selda DEMİRCAN SEZER¹, Mert KÜÇÜK¹, Hasan YÜKSEL¹, Ali Rıza ODABAŞI¹,
Yasin DURMUŞ¹, Sezen ÖZKISACIK², Canten TATAROĞLU³, Münevver TÜRKMEN⁴**

ÖZET

Umbilikal kord kistleri, fetal kromozomal anomaliler ve fetal yapısal defektler ile ilişkili olması, umbilikal kord kistlerinin hızlı büyümesi durumunda kord damarlarına bası yapması ve fetal distrese yol açabilmesi nedeniyle önemlidir. Bu yazıda 31. gebelik haftasında ultrasonografi ile iki adet umbilikal kord kisti saptanan ve 37. gebelik haftasında sezaryen doğum ile sağlıklı bir erkek bebek doğuran bir olgu sunulması amaçlandı. Doğum sonrası plasenta ve umbilikal kordun histopatolojik incelenmesi sonucunda gerçek allantoik kistler olduğu saptandı. Ek bir urakal patolojisi ve anomalisi saptanmayan yenidoğan, primer eksizyon sonrası taburcu edildi. Sonuç olarak, umbilikal kordun ultrasonografik incelenmesinin, obstetrik ultrasonografinin önemli ve rutin bir parçası olması gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar sözcükler: Umbilikal kord kisti, gerçek umbilikal kord kisti, prenatal ultrasonografi

True Umbilical Cord Cyst: A Case Report**SUMMARY**

Umbilical cord cysts are important due to their association with fetal chromosomal abnormalities and fetal structural defects and if they grow rapidly they compress umbilical vessels and cause fetal distress. In this article we aimed to present a case with two umbilical cord cysts detected by ultrasonography at 31 weeks of gestation and who had delivered a healthy male fetus by cesarean section at 37 weeks of gestation. Histopathological examination of placenta and umbilical cord after birth revealed that cysts were true allantoic cysts. There was no additional urachal pathology and/or anomaly was not observed and the newborn was discharged after primary excision. In conclusion, we believe that ultrasound examination of umbilical cord should be an important and routine part of obstetric ultrasonography.

Key words: Umbilical cord cyst, true umbilical cord cyst, prenatal ultrasonography

GİRİŞ

Umbilikal kord kistleri prenatal ultrasonografi (USG) ile kolayca tespit edilebilen nadir bir patolojik bulgudur¹. Umbilikal kord kistlerinin etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. İlk trimesterde saptanan umbilikal kistik kitleler genellikle spontan regrese olma eğilimindedirler^{2,3}. Ancak 2. ve 3. trimesterde saptanan umbilikal kistler ile aneuploidi ve fetal konjenital anomaliler arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir⁴. Umbilikal kord kistleri gerçek kistler ve pseudokistler olmak üzere 2 tipe ayrılmaktadır. Ancak umbilikal kord kistinin gerçek veya pseudokist olup olmadığının tespiti prenatal olarak nadiren mümkün olmaktadır⁵. Bu yazıda intrauterin umbilikal kord kisti saptanan bir olgu sunulmaktadır, literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

OLGU SUNUMU

Otuz yaşında, 2 tane sağlıklı yaşayamı olan olgu 31. gebelik haftasında dış merkezde yapılan USG'de umbilikal kord kisti saptanması üzerine hastanemize başvurdu. Hastanın ikinci trimester üçlü tarama

testinde Trizomi 21 riski düşüktü. 50 gr glukoz tarama testi yüksek bulunan hastanın yapılan 100 gr oral glukoz tolerans testi normal sınırlardaydı. Akriba evliliği hikayesi olmayan olguya yapılan obstetrik USG'de fetal biyometrik ölçümler haftası ile uyumlu idi. Umbilikal kordda birbirine yakın, 3,4 ve 4,2 cm çapında iki adet kistik oluşum izlendi (Resim 1). Umbilikal kordda 2 arter 1 ven yapısı mevcuttu. Yapılan dopler incelemesinde kist içeriklerinde kan



Resim 1. Umbilikal kord kistinin prenatal ultrasonografik görüntüsü.

*Bu olgu daha önce, 27-31 Ekim 2010 tarihinde yapılan 7. Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

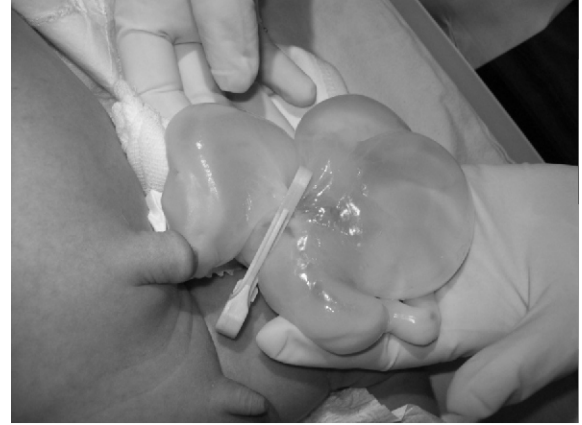
³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

⁴Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

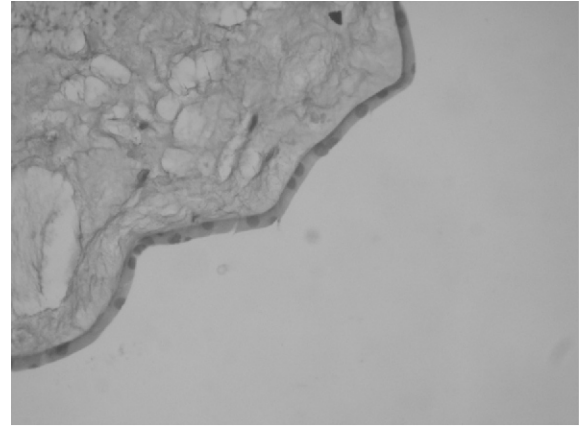
akımı izlenmedi (Resim 2). Fetal mesane normal olarak izlenen USG taramasında ek bir fetal anomaliye rastlanmadı. Umbilikal arter Doppler ultrasonografisinde değerler normal olarak izlendi. 33. gebelik haftasında olgu, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalları tarafından oluşturulan konseyde tartışıldı ve gebeliğin miada kadar takibine, vajinal doğumda umbilikal kord kistlerinin kanayabilme riski nedeni ile doğum şeklinin sezaryen olmasına karar verildi. Hastaya 37. gebelik haftasında doğum eylemi başlaması nedeni ile sezaryen uygulandı ve 3270 gram ağırlığında 1. dakika Apgar skoru 8, 5. dakika Apgar skoru 10 olan baş prezentasyonda canlı bir erkek bebek doğurtuldu. İntraoperatif inspeksiyonda umbilikal kordda 7x6 cm ve 5x4 cm olmak üzere iki adet kistik yapı izlendi (Resim 3). Klemp kistlerin distalinden konuldu. Yenidoğan muayenesinde ürogenital ve iskelet sistemi dahil olmak üzere tüm sistem muayene bulguları normal olarak değerlendirildi. Birlikte bulunabilecek başka anomali açısından bebek incelendi ve anomali saptanmadı. Bebek Çocuk Cerrahisi kliniğinde izlenmek üzere yatırıldı. Yapılan abdominal USG'de batın içi patolojiye rastlanmadı. Umbilikal hernide fasya defekti ve umbilikal kord içerisinde herniye olan barsak segmenti izlenmedi. Hastanın kistik kordon yapısı distalden ve proksimalden klemplendi ve umbilikal kistin olduğu kısım patolojik incelemeye gönderildi. Fizik muayenede batın rahat, barsak sesleri normoaktif idi. Bebeğin karyotip analizi 46 XY, normal karyotip olarak geldi. Umbilikal kordon patolojik incelemesi sonucunda; bir uç sınıra 0,5 cm uzaklıkta 7x6x2 ve 5x4x2 cm boyutunda içi seröz sıvı ile dolu kistik yapılar izlendiği rapor edildi Göbek kordonunda 2 arter 1 ven bulunmaktaydı. Kistler tek tabaka küboidal epitelyum tabakası ile döşeli allantoik gerçek kistler olarak tanımlandı (Resim 4). Ek bir urakal patolojisi ve ek anomalisi saptanmayan yenidoğan, primer eksizyon sonrası ayaktan izlenmek üzere taburcu edildi. Anne postoperatif 2. günde şifa ile taburcu edildi.



Resim 2. Umbilikal kordun renkli Doppler görüntüsü. Umbilikal kord kisti içinde kan akımı izlenmedi.



Resim 3. Doğum sonrası umbilikal kord kistlerinin görünümü.



Resim 4. Umbilikal kord kistlerinin gerçek kist olduğunu gösteren histopatolojik görüntüsü. Tek tabaka epitel ile döşeli kist duvarı (x400, HE).

TARTIŞMA

Tüm gebelik boyunca USG ile tanımlanmış umbilikal kistlerin prevalansı %0,4-3,4 arasında bildirilmektedir². Gebelikte yüksek rezolüsyonlu USG taramalarının artması ile sadece fetusta değil plasenta ve umbilikal kord anomalilerinin tanısında da artış gözlenmektedir⁶. Umbilikal kord kisti tanısı 2 ve 3-4 boyutlu USG ile rahatlıkla koyulabilmektedir.

Umbilikal kord kistlerinin prenatal tanınması önemlidir. Umbilikal kord kistlerinin fetal anöploidlerle ve fetusta yapısal bazı anomalilerle ilişkisi, bu kistlerin prenatal tanınmasının önemini arttırmaktadır⁷. Gerçek umbilikal kistler hızlı büyümesi durumunda ise kord damarlarına bası yapabilir ve fetal distrese yol açabilir⁸. Sepulveda ve arkadaşları daha önceden umbilikal kist tanısı almış ve perinatal izlem sırasında ani umbilikal kord hematomu gelişmesi sonucu intrauterin ex olan, ek anomalisi olmayan iki olgu bildirmişlerdir⁹. Yine Yalınkaya ve ark. 29. gebelik haftasında, 8x4x6 cm boyutta umbilikal kordon kisti ile birlikte akardiyak

ikiz eşi saptadıkları bir olguda, iki hafta sonra yapılan USG'de kistin kaybolduğunu, amniyon sıvısında daha önce olmayan yoğun partiküller görüldüğünü ve spontan kist rüptürü düşünüldüğünü, doğumda amniyon mayinin hemorajik olduğunu, kistin akardiyak ikiz eşinin umbilikal kordonuna ait olduğunu ve kısa dönemde komplikasyona yol açmadığını rapor etmektedirler¹⁰. Olgumuz antenatal dönemde yakından takip edildi ve olgumuzda umbilikal kord kistine bağlı herhangi bir komplikasyon, umbilikal kord hematomu veya fetal distres gelişmedi.

Erken gebelik haftalarında rastlanan umbilikal kistler gebeliğin ilerleyen haftaları ile birlikte spontan olarak gerileyebilmektedir ve klinik önemleri net olarak belli değildir. Bununla birlikte 2. veya 3. trimesterde saptanan ve spontan olarak gerilemeyen umbilikal kistler ile fetal kromozomal anomali ve omfalosel, imperfore anüs, trakeoözafagial fistül gibi fetal yapısal defektler arasında sık birliktelik mevcuttur¹¹. Olgumuza yapılan obstetrik USG incelemesinde başka anomali saptanmadı. Doğumdan sonra da yenidoğanın tüm sistemleri içeren muayenesi ve abdominal ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi.

Çeşitli çalışmalarda kord kistlerinin morfolojik özellikleri ile kromozomal anomaliler veya yapısal anomaliler arasında ilişki bulunduğu iddia edilmektedir¹². Sepulveda ve ark. küçük ve çok sayıda umbilikal kord kistlerinin izole tek büyük kistlere kıyasla daha sık anöploidilerle ilişkili olduğunu bildirmektedirler¹¹. Bunun yanı sıra fetal veya plasental insersiyon noktalarına daha yakın kistler ile paraxial kistlerin fetal anöploidilerle daha sık ilişkili olduğu ileri sürülmektedir¹³.

Umbilikal kord kistleri gerçek kistler ve pseudokistler olmak üzere 2 tipe ayrılmaktadır. Umbilikal kord pseudokistleri, gerçek kistlere oranla çok daha sık görülmektedir⁴. Umbilikal kord pseudokistleri epitelyum ile çevrili değildir ve Wharton jelinin lifefaksiyonu ve lokalize ödemden oluşmaktadır¹⁴. Gerçek kord kistler ise allantois ve omfalomezenterik kanal kalıntılarından oluşmuşlardır¹⁵. Gerçek kord kistlerin epitelle döşeli olup daha çok fetal insersiyona yakın alanlarda yer alırlar. Psödokistler ise kordun herhangi bir yerinde yer alabilmektedir¹². Burada bilinmesi gereken önemli bir nokta ise USG ile gerçek veya pseudokist ayrımının çoğu zaman prenatal olarak mümkün olmamasıdır¹².

Gerçek kistler allantois, omfalomezenterik kanal gibi embriyolojik artıklardan köken alır ve karakteristik histopatolojik göstergeleri ise kistin iç yüzeyinin bir epitel tabakası ile döşeli olmasıdır. Olgumuzda patolojik inceleme sonrası umbilikal kord kistlerinin tek tabaka küboidal epitelyum tabakası ile döşeli olduğu ve allantoik gerçek umbilikal kistler olduğu rapor edildi. Omfalomezenterik kanal kistleri çok nadir olarak izlenir, allantoik kistler ise nispeten daha sıkır¹⁶. Allantoik kistler ile üriner sistem anomalileri,

omfalosel, patent urakus, hidronefroz ve meckel divertikülünün ile artmış bir birlikteliği gözlenmektedir¹³. Gerçek kistler genellikle in utero gerilerler. Ancak perinatal olarak kistin tamamen USG ile görülemeyecek kadar gerilemesi urakusun oblitere olduğu anlamına gelmez. Bu olgularda değerlendirilmesinin patent urakus açısından değerlendirilmesi önerilmektedir¹⁷. Ayrıca allantoik umbilikal kord kisti bulunan bir bebekte trizomi 21 varlığı tanımlanmıştır¹⁸.

Ultrasonografide umbilikal kord pseudokistlerinde kist tarafından damarlar ile birlikte kenara doğru itilmiş gözlenirken, allantoik kistlerde ise 2 arter arasındaki mesafe artmış görülür¹⁹. Pseudokist, gerçek kist veya hemanjiom ayrımı için son yıllarda fetal magnetik rezonans görüntüleme yöntemi önerilmektedir²⁰. Bizim olgumuzda da prenatal ultrasonografide gerçek veya pseudokist ayrımı yapılamadı. Yapılan Doppler incelenmesinde, kist içeriğinde kan akımı izlenmediği için hemanjiyom düşünülmüdü.

Umbilikal kord kistleri varlığında hastalara karyotipleme önerilmelidir¹¹. Olgumuz 31. gebelik haftasında olduğu için ve yapılan USG'de fetusta başka anomali saptanmadığı için invaziv prenatal genetik testler yapılmadı. Doğum sonrası bebeğin karyotip incelemesi normal (46, XY) olarak geldi. Doğumda umbilikal kordun muayenesi yapılmalı ve sonrasında da mutlaka histopatolojik inceleme yapılmalıdır. Olgumuzda da doğum sonrası umbilikal kordun histopatolojik incelemesi yapıldı.

Mevcut klinik klavuzlar umbilikal kordda 2 arter 1 ven görünümünün varlığına odaklanmışlardır. Umbilikal kordda damar sayısının tam olması aneploidilerden uzaklaştırmaktadır. Olgumuzda da umbilikal kordda 2 arter 1 ven mevcuttu. Umbilikal kordun tüm uzunluğu boyunca dikkatlice umbilikal kord kistleri ve diğer patolojiler açısından taranması önemli olup, bu lezyonların fetal anomaliler ve anöploidilerle ilişkili olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır¹¹.

Umbilikal kord kistleri tespit edildiğinde, doğum şeklinin nasıl olması gerektiği konusunda literatürde yeterli konsensus mevcut değildir. Çoğu obstetrisyen umbilikal kord kistinin vajinal doğum sırasında kanayabileceği kaygısını taşımaktadır. Yapılan konseyde de olabilecek komplikasyonları önlemek amacı ile olgunun doğum şeklinin, sezaryen olmasına karar verildi.

Sonuç olarak umbilikal kordun umbilikal kord kistleri ve diğer patolojiler yönünden tüm uzunluğu boyunca dikkatli bir şekilde taranması önemli olup, bu lezyonların fetal anomaliler ve anöploidilerle ilişkili olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Özellikle gerçek umbilikal kistlerinin hızlı büyüyerek umbilikal damarlara bası yapması ve fetal distrese neden olması nedeni ile hastalar yakından takip edilmelidir. Umbilikal kordun ultrasonografik incelenmesinin, obstetrik ultrasonografinin önemli ve rutin bir parçası

olması gerektiği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Sepulveda W, Sebire NJ, Harris R, Nyberg DA. The placenta, umbilical cord, and membranes. In: Nyberg DA, McGahan JP, Pretorius DH, Pulu G. editors. Diagnostic imaging of fetal anomalies. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003: 85-132.
2. Skibo LK, Lyons EA, Levi CS. First-trimester umbilical cord cysts. Radiology 1992;182:719-22.
3. Sepulveda W, Leible S, Ulloa A, Ivankovic M, Schnapp C. Clinical significance of first trimester umbilical cord cysts. J Ultrasound Med 1999;18:95-9.
4. Smith GN, Walker M, Johnston S, Ash K. The sonographic finding of persistent umbilical cord cystic masses is associated with lethal aneuploidy and/or congenital anomalies. Prenat Diagn 1996;16:1141-7.
5. Emura T, Kanamori Y, Ito M, Tanaka Y, Hashizume K, Marumo G, Goishi K. Omphalocele associated with a large multilobular umbilical cord pseudocyst. Pediatr Surg Int 2004;20(8):636-9.
6. Ghezzi F, Raio L, Di Naro E, Franchi M, Cromi A, Dürig P. Single and multiple umbilical cord cysts in early gestation: two different entities. Ultrasound Obstet Gynecol 2003;21(3):215-9.
7. Sepulveda W, Gutierrez J, Sanchez J, Be C, Schnapp C. Pseudocyst of the umbilical cord: prenatal sonographic appearance and clinical significance. Obstet Gynecol 1999;93(3):377-81.
8. Battaglia C, Artini PG, D'Ambrogio G, Genazzani AR. Cord vessel compression by an expanding allantoic cyst: case report. Ultrasound Obstet Gynecol 1992;2:58-60.
9. Sepulveda W, Wong AE, Gonzalez R, Vasquez P, Gutierrez J. Fetal death due to umbilical cord hematoma: a rare complication of umbilical cord cyst. J Matern Fetal Neonatal Med 2005;18(6):387-90.
10. Yalınkaya A, Kılınç N, Yalınkaya Ö, Yayla M. Umbilikal kordon kisti ile birlikte akardiyak ikiz eşi. Perinatoloji Dergisi 2001;9(4):267-70.
11. Sepulveda W, Pryde PG, Greb AE, Romero R, Evans MI. Prenatal diagnosis of umbilical cord pseudocyst. Ultrasound Obstet Gynecol 1994;4:147-50.
12. Zangen R, Boldes R, Yaffe H, Schwed P, Weiner Z. Umbilical cord cysts in the second & third trimesters- the significance and prenatal approach. Ultrasound Obstet Gynecol 2010;36(3):296-301.
13. Ross JA, Jurkovic D, Zosmer N, Jauniaux E, Hackett E, Nicolaides KH. Umbilical cord cysts in early pregnancy. Obstet Gynecol 1997;89(3):442-5.
14. Iaccarino M, Baldi F, Persico O, Palagiano A. Ultrasonographic and pathologic study of mucoid degeneration of umbilical cord. J Clin Ultrasound 1986;14(2):127-9.
15. Rosenberg JC, Chervenak FA, Walker BA, Chitkara U, Berkowitz RL. Antenatal sonographic appearance of omphalomesenteric duct cyst. J Ultrasound Med 1986;5(12):719-20.
16. Fink IJ, Filly RA. Omphalocele associated with umbilical cord allantoic cyst: Sonographic evaluation in utero. Radiology 1983;149:473-6.
17. Persutte WH, Lenke RR. Disappearing fetal umbilical cord masses. Are these findings suggestive of urachal anomalies? J Ultrasound Med 1990;9:547-51.
18. Moore L, Russell S, Wilson L, Kiwanuka A. Re: Allantoic cysts of the umbilical cord in trisomy 21. Prenat Diagn 1997;17(9):886-7.
19. Sepulveda W, Bower S, Dhillon HK, Fisk NM. Prenatal diagnosis of congenital patent urachus and allantoic cyst: The value of color flow imaging. J Ultrasound Med 1995;14:47-51.
20. Amano Y, Hayashi T, Takahama K, Kamazaki T. MR imaging of umbilical cord urachal(Allantoic) cyst in utero. AJR 2003;180:1181-2.

YAZIŞMA ADRESİ

Yrd. Doç. Dr. Selda DEMİRCAN SEZER
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

E-Posta: sdemircan@adu.edu.tr

Geliş Tarihi : 22.09.2010

Kabul Tarihi : 24.03.2011